

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE

N°

419

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Leizer PITAR

Né le 8 Mars 1895, à Focsani (Roumanie)

**Contribution à l'étude
du Purpura au cours de la Maladie sérique**

PRÉSIDENT : M. NOBÉCOURT, Professeur

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY, ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

—
1924

7.4

113

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1924

THÈSE ^{N°}

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Leizer PITAR

Né le 8 Mars 1895, à Focsani (Roumanie)

Contribution à l'étude du Purpura au cours de la Maladie sérique

PRÉSIDENT : M. NOBÉCOURT, Professeur

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

OLLIER-HENRY, ÉDITEUR

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

—
1924



FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS

Doyen.....

Professeurs.....

Anatomie.....
 Anatomie médico-chirurgicale.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie générale.....
 Bactériologie.....
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et Thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la première enfance.....
 Clinique des maladies des enfants.....
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
 Clinique des maladies du système nerveux.....
 Clinique des maladies infectieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
 Clinique thérapeutique médicale.....
 Clinique oto-rhino-laryngologique.....
 Clinique thérapeutique chirurgicale.....
 Clinique propédeutique.....

M. ROGER

MM.

NICOLAS
 CUNEO
 CH. RICHET
 ANDRÉ BROCA
 DESGREZ
 BEZANÇON
 BRUMPT
 MARCEL LABBE
 SICARD
 LECENE
 LETULLE
 PRENANT
 RICHAUD
 CARNOT
 Léon BERNARD
 BALTHAZARD
 MENÉTRIÉR
 ROGER
 GILBERT
 CHAUFFARD
 ACHARD
 WIDAL
 MARFAN
 NOBECOURT
 H. CLAUDE
 JEANSELME
 GUILLAIN
 TEISSIER
 DELBET
 HARTMANN
 LEJARS
 GOSSET
 DE LAPERSONNE
 LEGUEU
 BRINDEAU
 JEANNIN
 COUVELAIRE
 J.-L. FAURE
 AUGUSTE BROCA
 VAQUEZ
 SEBILEAU
 DUVAL
 SERGENT

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI..... Pathologie médicale.
 ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale.
 BAUDOUIN..... Pathologie médicale.*
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE..... Chimie biologique.
 BRANCA..... Histologie.
 BRULE..... Pathologie médicale.
 BUSQUET..... Pharmacologie et ma-
 tière médicale.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.

MM.

CHAMPY..... Histologie.
 CHIRAY..... Pathologie médicale
 CLERC..... Pathologie médicale.
 DEBRE..... Hygiène.
 I. DE JONG..... Anatomie pathologique.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSINGER..... Pathologie médicale.
 FOIX..... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expérimentale*
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER..... Urologie.

MM.		MM.	
HOVELACQUE.	Anatomie.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
JOYEUX	Parasitologie.	MULON	Histologie.
LABBE HENRI.	Chimie biologique.	PHILIBERT.	Bactériologie.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.	RIBIERRE.	Pathologie médicale.
LE LORIER.	Obstétrique.	RICHET Fils.	Physiologie.
LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngologie.	ROUVIERE.	Anatomie.
LEMIERRE.	Pathologie médicale.	STROHL.	Physique médicale.
LEVY-SOLAL.	Obstétrique.	TANON	Pathologie médicale.
LHERMITTE.	Pathologie mentale.	TIFFENEAU.	Pharmacologie et ma- tière médicale.
LIAN.	Pathologie médicale.	VAUDESCAL.	Obstétrique.
MATHIEU.	Pathologie chirurgicale.	VERNE.	Histologie.
METZGER.	Obstétrique.	VILLARET.	Pathologie médicale.
MOCQUOT.	Pathologie chirurgicale.	WELTER.	Ophtamologie.
MONDOR.	Pathologie chirurgicale.		

Agrégés rappelés à l'exercice pour la période des examens

MM.		MM.	
CAMUS.	Physiologie.	RETTERRER.	Histologie.
GOUGEROT.	Pathologie médicale.	ROUSSY.	Anatomie pathologique
GUENIOT.	Obstétrique.		

Agrégés chargés de cours de clinique à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	Clinique chirurgicale	OMBREDANNE.	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LEVASTINE.	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale in- fantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LERI	Clinique médicale.	TERRIEN.	Clin. ophtalmologique.
LOEPER	Clinique médicale.		

Chargés de cours

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique che l'adulte pour les accidentés du travail, le mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
N.	
LEDoux-LEBARD.	
	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Humble hommage et profonde
reconnaissance pour leur sublime
dévouement.*

A MES FRERES ET SOEURS

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR P. NOBÉCOURT

*Professeur de clinique médicale infantile
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades
Membre de l'Académie de Médecine*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEREBoullet

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

*En témoignage de
notre gratitude.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

Avant de terminer nos études, qu'il nous soit permis d'exprimer ici nos affectueux hommages à tous nos Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris qui, avec une bienveillance de tous les instants, ont guidé nos pas dans la carrière médicale.

Nous avons le plaisir de témoigner notre respectueuse gratitude à M. le Professeur agrégé LEREBoullet qui a bien voulu nous inspirer ce travail et nous diriger de ses conseils, et nous lui sommes très reconnaissant du bon accueil qu'il nous fit dans son service, pendant notre stage, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Nous tenons tout particulièrement à exprimer ici nos meilleurs remerciements à M. LELONG, interne des hôpitaux de Paris, pour sa très grande bienveillance, ainsi que pour les conseils qu'il nous a si fréquemment prodigués.

Nous sommes heureux d'exprimer à M. le Professeur NOBÉCOURT notre très grande et respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de M. le Professeur agrégé LEREBoullet au pavillon de la diphtérie des Enfants-Malades, des cas de purpura survenant au cours de la diphtérie soignée par le sérum antidiphtérique. Ces éruptions habituellement fondues dans la symptomatologie complexe de la maladie sérique, sont d'une interprétation difficile : sont-elles imputables à la diphtérie elle-même dont on connaît la tendance hémorragique ?

Relèvent-elles d'une septicémie streptococcique survenant comme une complication secondaire à l'infection diphtérique ? Ou bien encore, faut-il admettre qu'il existe un purpura sérique autonome, dépendant uniquement de la maladie sérique, déclanchée par la sérothérapie ?

Tel est le sujet que nous voudrions aborder dans ce travail. Pour être résolu définitivement, il mériterait une longue étude systématique.

Cependant, l'analyse des observations que nous produisons dans ce travail, nous paraît apporter une certaine contribution à ce problème.

La question nous paraît importante à résoudre, car il s'agit de savoir si l'on ne doit pas inscrire dans certains cas le purpura au passif de la sérothérapie.

HISTORIQUE

Les accidents de la sérothérapie ont été décrits pour la première fois par ROUX au Congrès de Budapest en 1894. Dans les Annales de l'Institut Pasteur (1894) on trouve la description des accidents sériques, faite par ROUX et MARTIN où ils signalent des éruptions semblables à l'urticaire, mais ne mentionnent encore le purpura.

DUBREUILH, au Congrès de Bordeaux (1894), divise les éruptions sériques en urticaire, érythème scarlatiniforme, polymorphe et rubéoliforme.

Lui non plus ne parlait pas encore d'éruption sérique à type purpurique.

C'est MOZARD qui, pour la première fois en 1894, faisant des statistiques minutieuses sur les résultats de la sérothérapie, mentionne le purpura parmi les accidents sériques.

Il a trouvé, sur 30 cas d'éruptions sériques, 11 cas d'urticaire, 9 d'érythème scarlatiniforme, 9 cas d'érythème polymorphe et un seul cas de purpura. C'était un purpura survenant chez un enfant atteint d'angine grave,

avec association streptococcique et broncho-pneumonie, se manifestant sous la forme de larges placards occupant l'abdomen et ayant pris naissance au niveau des points d'injection.

Dans le *Berliner Klinische* du 24 novembre 1894, MENDEL, d'Essen, signale un cas de purpura généralisé au cours de la sérothérapie, mais prédominant surtout au niveau des points où les injections avaient été faites.

En 1896, NETTER a décrit un cas d'éruption purpurique à la suite d'une injection de sérum antituberculeux.

APERT (Thèse de Paris 1896), a signalé 2 cas de purpura à la suite de sérothérapie antidiphthérique.

GALITSIS (Thèse de Paris 1903), qui a fait une statistique dans le service de M. MARFAN sur les accidents sériques, a relaté à la suite des injections faites avec le sérum de Roux, 2 cas de purpura associé aux érythèmes.

CLAVEL (Thèse Paris 1903) décrit 2 cas, de purpura associé aux érythèmes sériques, observés dans le service de BARBIER à l'hôpital Hérold.

En 1905, Jules COURMONT ayant fait des injections dans le voisinage d'une tumeur cancéreuse d'un sérum d'âne préalablement inoculé avec de l'épithéliome, remarqua un œdème considérable au niveau de l'injection et il aperçut sur cet œdème des taches de purpura et urticaire.

BONNET (1910), a relaté à la Société médicale de Lyon

un cas de purpura généralisé qui guérit dans quelques jours.

MM. HUTINEL et RIGART considèrent le purpura qui survient au cours de la sérothérapie, comme une variété de purpura toxique secondaire.

ÉTUDE CLINIQUE ET PATHOGÉNIE

Le purpura, au cours de la sérothérapie, devient le plus souvent apparent vers le dixième jour après la première injection, en même temps que les éruptions sériques ou après celles-ci.

Il se présente alors sous l'aspect de taches rosées, de dimensions différentes, arrondies, discrètes ou confluentes. Nous avons remarqué sur la plupart des éléments la décoloration du centre.

Ces taches purpuriques diffèrent des éruptions simplement congestives, en ce qu'elles ne s'effacent ni par la pression du doigt, ni par la distension de la peau. Elles apparaissent premièrement aux membres inférieurs, tendent à se généraliser envahissant peu à peu le membre supérieur, le thorax et à la fin, la face.

La tache purpurique devient de rouge violacé, successivement brun foncé, vert, gris-vert, jaune chamois et disparaît complètement au bout de 5-6 jours.

Le purpura, au cours de la sérothérapie, se présente sous 3 formes cliniques, auxquelles correspondent une pathogénie.

I. — Dans une première variété clinique, le purpura se présente sous l'aspect d'ecchymoses, qui apparaissent aux points même des injections.

Le cas typique a été décrit par MOIZARD, au décours d'une diphtérie maligne, où le purpura se manifestait sous la forme de larges placards ecchymotiques au niveau des injections.

Plusieurs faits de diphtérie maligne appartenant à ce type, ont été observées dans le service de M. le Professeur agrégé LEREBoullet.

Dans ces cas, il s'agit d'un purpura directement d'origine diphtérique.

II. — La deuxième forme clinique de purpura au cours d'une diphtérie, survient au moment de la maladie sérique. Les éléments purpuriques sont alors étroitement mélangés avec ceux de la maladie sérique, notamment à l'urticaire, et souvent associés à des érythèmes scarlatiniformes et morbilliformes.

La première observation que nous publions dans ce travail, offre en exemple typique de purpura mélangé non seulement à de l'urticaire, mais aussi à un érythème morbilliforme.

Il s'agit d'un enfant qui, au cours d'une diphtérie, fait à la suite d'une sérothérapie antidiphtérique, une éruption à type polymorphe : aux membres supérieurs, sur l'élément urticarien rouge saillant, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes, on aperçoit un petit piqueté

arrondi, violacé, ne disparaissant pas à la pression du doigt. Ces éléments associés siègent sur la face postérieure du bras, face antérieure de l'avant-bras et au poignet elles forment un bracelet rouge vif, alors qu'ailleurs l'éruption est bronzée.

Aux membres inférieurs, l'érythème morbillieux prédomine, mélangé aux éléments qui ont un aspect arrondi, rose pâle, ne s'effaçant pas à la pression du doigt. Aux fesses, l'éruption prend l'aspect de petits placards, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, centrés par un piqueté arrondi, rosé, franchement purpurique.

Tandis que l'urticaire et l'érythème morbillieux ont disparu, les taches purpuriques continuent à persister, donnant un aspect jaunâtre, moucheté, ne s'effaçant pas à la pression. La numération globulaire montre une hypoglobulie, et l'hémoculture donne des streptocoques en longues chaînettes.

Notre troisième observation est encore un exemple typique de purpura associé à un érythème avec placards d'aspect scarlatiniforme.

Il nous reste à envisager la *pathogénie* de cette catégorie de purpura, qui survient au cours d'une diphtérie, coïncidant avec la maladie sérique.

Nous croyons que dans le cas où le purpura est associé à l'urticaire ou à des érythèmes morbilliformes et

scarlatiniformes, il a toutes les chances de relever d'une septicémie streptococcique.

Le fait qu'on admet, d'après MARFAN, le rôle d'une streptococcémie dans la genèse des érythèmes scarlatiniformes, le fait que dans la plupart des cas on décèle le streptocoque dans le sang — comme dans notre première observation — viennent à l'appui de notre hypothèse. D'autre part, il faut admettre, dans les cas où le purpura est mélangé à de l'urticaire et où l'hémoculture, montre des streptocoques, la possibilité d'un processus de réactivation par la maladie sérique urticarienne d'une streptococcémie jusqu'alors latente.

Il s'agirait, dans ces cas, d'un *purpura strepto-sérique*. Que d'ailleurs, le streptocoque à lui seul puisse causer un purpura, cela est évident : tel est le cas, décrit par MAMERTO et rapporté par M. le Professeur NOBÉCOURT dans un article du *Progrès Médical* du 5 janvier 1924, sur le « Purpura infectieux primitif de l'enfance ».

III. — La troisième forme clinique de purpura, au cours de la maladie sérique, est associée à une éruption à type urticarien, et présente ce caractère principal : *l'hémoculture est négative*, elle ne montre pas de streptocoques.

L'exemple nous est fourni par notre deuxième observation, où l'élément urticarien est associé à une éruption franchement purpurique et où l'hémoculture est négative. Peut-on parler alors de purpura sérique autonome ?

Si oui, ce purpura a-t-il des caractères cliniques capables de le faire connaître ?

Il nous semble que, dans ce cas, les érythèmes sont moins fréquents ; ce sont les placards urticariens qui dominent dans l'éruption.

Nous croyons que le purpura coexistant avec de l'urticaire, peut relever uniquement de la maladie sérique. Dans ces cas, l'hémoculture est négative. Evidemment, une hémoculture négative n'est pas un argument absolu, mais nous ne croyons pas qu'on puisse d'autre part nier la possibilité d'une éruption sérique urticarienne.

La maladie sérique s'accompagne de vaso-dilatation des capillaires : on peut donc facilement admettre que cette vaso-dilatation puisse être assez intense pour aboutir à l'extravasation sanguine qui caractérise anatomiquement le purpura.

Plusieurs faits observés pendant ces dernières années au pavillon de la diphtérie du service de M. le Professeur agrégé LEREBoullet, sans être pleinement démonstratifs, sont en faveur de cette hypothèse et tendent à faire admettre l'existence d'un purpura directement sérique secondaire.

DIAGNOSTIC

En face d'une éruption purpurique survenant au cours de la sérothérapie, on peut porter aisément le diagnostic, en regardant la forme arrondie des taches, centrées par un point blanc, *ne s'effaçant pas à la pression*.

Mais le purpura peut être accompagné d'autres éruptions, dont il faut faire le diagnostic différentiel. Ainsi, il est précédé souvent de l'urticaire, d'érythème marginé aberrant de MARFAN, d'érythème morbillieux et d'éruption scarlatiniforme métadiphthérique de MARFAN.

L'urticaire a ses caractères cliniques : il se présente sous la forme d'éléments rouges, un peu saillants, papuleux, à contour arrondi, du diamètre d'une pièce de cinquante centimes à celui d'une pièce de 2 francs. On peut voir aussi l'urticaire se présentant sous la forme d'une auréole érythémateuse diffuse et non saillante.

L'érythème marginé aberrant de MARFAN avec lequel le purpura peut coexister, est constitué par des taches blanches au centre, non saillantes, entourées d'un cercle rouge saillant.

L'éruption pseudo-scarlatiniforme de MARFAN, qui apparaît au cours d'une diphtérie maligne, ne pourrait

être confondue avec le purpura, car elle se présente sous la forme de placards rouges étendus, avec état général altéré, gonflement des amygdales et fièvre intense. Enfin, on reconnaît facilement l'érythème morbillieux qui est caractérisé par des taches rosé vif, à contour irrégulier, s'effaçant à la pression. En résumé, ce qui caractérise l'élément purpurique, c'est qu'il ne disparaît pas à la pression du doigt, tandis que urticaire et érythèmes disparaissent.

OBSERVATIONS

(Dues à l'obligeance de M. le Professeur agrégé LEREBoullet,
Hôpital des Enfants-Malades)

OBSERVATION I

L'enfant S. C., âgé de 7 ans, entre dans le service le 28 avril 1924, parce qu'il souffre depuis 2 jours de la gorge. Début par dysphagie, perte d'appétit, fièvre à 39° 5. On lui a pratiqué en ville une injection de 20 cm³ de sérum antidiphthérique.

A l'entrée dans le service le 28 avril, on constate à l'examen de la gorge une hypertrophie des amygdales, et sur l'amygdale gauche on aperçoit de fausses membranes. On lui fait alors une injection de 30 cm³ de sérum antidiphthérique par la voie intramusculaire, et une deuxième de 40 cm³ sous-cutané.

Le 30 avril, on lui fait 30 cm³ intramusculaire et 30 cm³ sous cutané.

Enfin, le 1^{er} mai, on lui injecte 2 cm³ de sérum de convalescent de rougeole.

A l'examen pratiqué le 1^{er} mai, on constate toujours de grosses amygdales. A gauche, on aperçoit quelques fragments minimes de fausses membranes blanc grisâtres.

La langue est saburrale, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire. Le pouls est irrégulier, non rapide.

Le 6 mai, — 10 jours après la première injection, — l'enfant fait une éruption à type polymorphe, surtout accusée à la face et aux membres, sans phénomènes généraux, en particulier sans fièvre.

Les jours suivants, l'éruption présente toujours un aspect polymorphe et augmente d'intensité.

A partir du 10 *mai*, est apparue une fièvre oscillante à 39°, en même temps qu'une asthénie et une pâleur particulière.

Le 13 mai, le malade est abattu, œdémateux dans l'ensemble, particulièrement à la face qui est d'une pâleur cireuse.

L'éruption a adopté un type un peu spécial : urticarienne dans l'ensemble, elle est à certains endroits morbillieuse ; sa caractéristique principale est d'être très polymorphe.

Alors que les premiers jours, elle était du type rose habituel, aujourd'hui elle se présente en nappes confluentes très rouges, à certains endroits, le plus souvent brunnâtres, presque bronzées.

On aperçoit sur le fond bronzé un petit piqueté purpurique, ne disparaissant pas à la pression du doigt.

L'éruption prédomine nettement aux membres. Au bras droit, elle occupe surtout la face postérieure, mais tend à gagner la face antérieure de l'avant-bras, au poignet elle forme un véritable bracelet rouge vif, alors qu'ailleurs l'éruption est bronzée.

Au bras gauche, elle prédomine à la face postérieure du bras et de l'avant-bras, mais on aperçoit aussi quelques éléments à la face antérieure. Aux membres inférieurs, l'éruption est moins urticarienne, elle adopte plus volontiers le type morbillieux ; elle prédomine à la face postérieure et externe de la cuisse, au pli de l'aîne et à la face externe de la jambe. Aux fesses, elle est formée de petits placards arrondis, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes environ, centrés par un point purpurique,

Pas d'ecchymoses aux points de piqûres. En même temps que l'éruption, ont apparu des phénomènes inflammatoires au niveau de la gorge.

La gorge est rouge dans son ensemble, la muqueuse presque hémorragique au niveau des piliers et des amygdales.

Les amygdales sont grosses, anfractueuses, avec des points blancs surtout sur l'amygdale gauche.

Le foie est gros, pas d'arthralgie, fièvre à 39° depuis 3 jours. Urines rares de teinte foncée, bière bruné, franchement hématurique.

<i>Examen de l'urine</i>	{	Albumine	0
		Sucre	0
		Urobiline	0
		Pigments biliaires	+
		Leucocytes	0
		Hématies nombreuses	

Temps de soignement 7'; de coagulation 8'.

Le 14 mai, l'éruption prend un aspect brun-chamois et commence à pâlir.

<i>Numération globulaire</i>	{	Globules rouges	3.940.000
		— blancs	9.600
<i>Pourcentage leucocytaire (le 14 mai)</i>	{	Polynucléaires	62
		G. Mononucléaires	14
		M. Mononucléaires	9
		Lymphocytes	14
		Eosinophiles	1

L'hémoculture, faite ce jour, donne des streptocoques en longues chaînettes. L'éruption continue à pâlir, elle est franchement purpurique, les taches persistant à ne pas disparaître à la pression du doigt.

Le foie a considérablement augmenté de volume, débordant

dant de 4 travers de doigt la ligne costale. Rate percutable, mais ne débordant pas.

Le 19 *mai*, le malade est toujours très pâle et tousse. L'éruption purpurique est à peu près complètement disparue, sauf au niveau de la face externe des membres inférieurs, où des taches très nombreuses, donnant un aspect moucheté, jaunâtre, continuent à persister. De même, on remarque un aspect analogue à la face externe et postérieure des membres inférieurs.

Rien à la face et au tronc. L'abdomen est météorisé, ballonné. Grosse rate, douloureuse à la palpation.

Le 19 *mai*, l'éruption purpurique disparaît complètement. Le malade est emmené, le 22 *mai*, par ses parents.

OBSERVATION II.

S. H., âgé de 2 ans 1/2, entre dans le service avec une angine le 14 *mai* 1923. On trouve des fausses membranes sur l'amygdale droite et le voile du palais.

Le petit malade ne présente pas de coryza, on trouve à droite une adénopathie maxillaire.

A l'entrée, le 14 *mai*, on lui pratique 2 injections de sérum antidiphthérique : une de 30 cm³ intramusculaire, et la deuxième de 30 cm³ sous-cutané.

Le 15 *mai*, on fait l'examen bactériologique de la gorge ; on trouve des *staphylocoques* et des bacilles diphthériques, pas de streptocoques. On injecte alors, dans la même journée, 30 cm³ de sérum antidiphthérique par la voie intramusculaire et 30 cm³ par la voie sous-cutanée.

Le 20 *mai*, — six jours après la première injection, — le petit malade fait une éruption polymorphe, à forme surtout urticarienne. Il est agité, son pouls est accéléré, on compte 100 pulsations.

Le 23 *mai*, l'éruption prend une allure franchement purpurique. Elle est formée de taches rosées, centrées par un

point blanc, ne disparaissant pas à la pression du doigt.

Elle est surtout marquée aux membres supérieurs et à la face, s'accompagne d'une double adénopathie, de périadénite et d'une température élevée.

L'hémoculture est négative. La température atteint 40°.

Le 27 mai, on lui pratique une injection sous-cutanée de 30 cm³ de sérum antidiphthérique; l'enfant présente toujours l'éruption purpurique qui reste localisée aux membres inférieurs et à la face.

L'état général du petit malade s'aggrave.

Le pouls est petit, à 130, l'enfant est toujours agité avec température de 40° et polypnée intense.

Le 29 mai, à l'examen des poumons, on trouve du côté gauche une respiration soufflante; au sommet gauche, pas de râles.

Dp côté droit, on entend des râles disséminés partout; on fait le diagnostic de broncho-pneumonie.

L'éruption purpurique persiste, elle ne tend pas à se généraliser.

Le 30 mai, l'état général du petit malade s'aggrave: l'éruption purpurique reste toujours localisée, mais à certains endroits elle s'efface.

Le 5 juin, le malade succombe à la suite de sa broncho-pneumonie.

OBSERVATION III

G. M., fille de 19 mois. Entre à l'hôpital des Enfants-Malades, service du Professeur agrégé LEREBoullet le 31 janvier 1923. Elle est malade depuis le 28 janvier; se plaint de douleur dans la gorge et a de la peine à respirer. L'enfant n'a pas de coryza, la voix est rauque.

A l'examen, on constate un bon aspect général, pas de pâleur. L'enfant respire un peu difficilement, et ne tousse

pas. A l'examen de la gorge, on trouve un enduit grisâtre qui recouvre un peu la luette et l'amygdale gauche.

On remarque en même temps une légère adénopathie droite. On fait à l'enfant, le 31 janvier, 30 cm³ de sérum antidiphthérique intramusculaire et 30 cm³ sous-cutané. Le 1^{er} février, on lui injecte 40 cm³ sous-cutané et 20 cm³ intramusculaire.

Le 3 février, on lui pratique 20 cm³ de sérum antidiphthérique par la voie sous-cutanée.

Le 4 février, le petit malade fait une éruption sérique qui apparaît aux membres inférieurs, sous forme de placards rouges disséminés, et elle envahit peu à peu le thorax.

Le 6 février, cette éruption persiste, elle reste toujours localisée au thorax et membres inférieurs.

Le 10 février, apparaît un purpura avec ses éléments caractéristiques, rosés, centrés par un petit point blanc, ne disparaissant pas à la pression du doigt. Ces taches purpuriques, apparaissent aux membres inférieurs, au bras, et envahissent à la fin, la face.

Le 16 février, l'état général de l'enfant s'aggrave. La température monte à 40°, en même temps on constate un érysipèle de la face.

Des symptômes de rougeole apparaissent.

Le purpura tend à disparaître, tandis que les placards érythémateux persistent.

Le 22 février, le purpura a disparu.

CONCLUSIONS

1°) Le purpura, au cours de la maladie sérique, associé ou non à de l'érythème, est d'une pathogénie complexe.

2°) Il existe certainement 2 variétés incontestables :

a) un *purpura diphtérique*, apparaissant au cours d'une diphtérie traitée par le sérum, caractérisé surtout par des écchymoses au point des injections et relevant d'une forme à tendance hémorragique de la *diphtérie maligne*.

b) un *purpura streptococcique* lié à une septicémie streptococcique secondaire à la diphtérie.

Ce purpura n'est pas diphtérique ; il n'est pas dû non plus au sérum.

On a toutefois le droit de se demander jusqu'à quel point la sérothérapie n'a pas contribué à réactiver une infection streptococcique jusqu'alors latente.

Il s'agirait alors d'un *purpura strepto-sérique*.

3°) Quant au *purpura uniquement sérique*, il est difficile d'en démontrer formellement l'existence, une hémoculture négative n'étant pas une preuve.

Mais il est vraisemblable. Il y a, en effet, des cas où le purpura ne coexiste avec aucune manifestation streptococcique décelable, tout en s'associant étroitement à l'éruption sérique.

Il n'a communément d'ailleurs aucune gravité.

Vu : *Le Doyen,*

Vu : *Le Président de la Thèse,*

H. ROGER.

NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. APPEL.

BIBLIOGRAPHIE

- AVIRAGNET, WEILL-HALLÉ et MARIE. — Article « *Diphtérie* » du Nouveau traité de Médecine de Roger Vidal et Teissier, tome II, année 1922.
- APERT. — Thèse de Paris, 1896.
- BONNET. — Lyon médical, 1910.
- COURMONT et ARLOING. — *Sur le traitement des tumeurs malignes de l'homme par les injections de sérum d'âne.*
- CLAVEL. — Thèse de Paris, 1905.
- DUBREUIL. — Congrès français de médecine de Bordeaux, 1896.
- GRANCHER et COMBY. — Traité des maladies de l'enfance.
- GALITSIS. — Thèse de Paris, 1903.
- HUTINEL. — Traité des maladies des enfants, 1905.
- HUTINEL et RIGART. — Société médicale des Hôpitaux, 1896.
- HUTINEL. — *Le purpura chez l'enfant.*
— Revue générale de thérapeutique. Année 1920.
- MARFAN et LE PLAY. — Société médicale des Hôpitaux, 1903.
- Jules SIMON. — Bulletin médical, 1894.

MENDEL, d'EsSEN. — *Berliner Klinische* du 26 novembre 1894.

MOIZARD. — Société médicale des Hôpitaux, 1894.

MARTIN. — Bulletin médical, 1894.

NOBÉCOURT. — Progrès Médical du 5 janvier 1924.

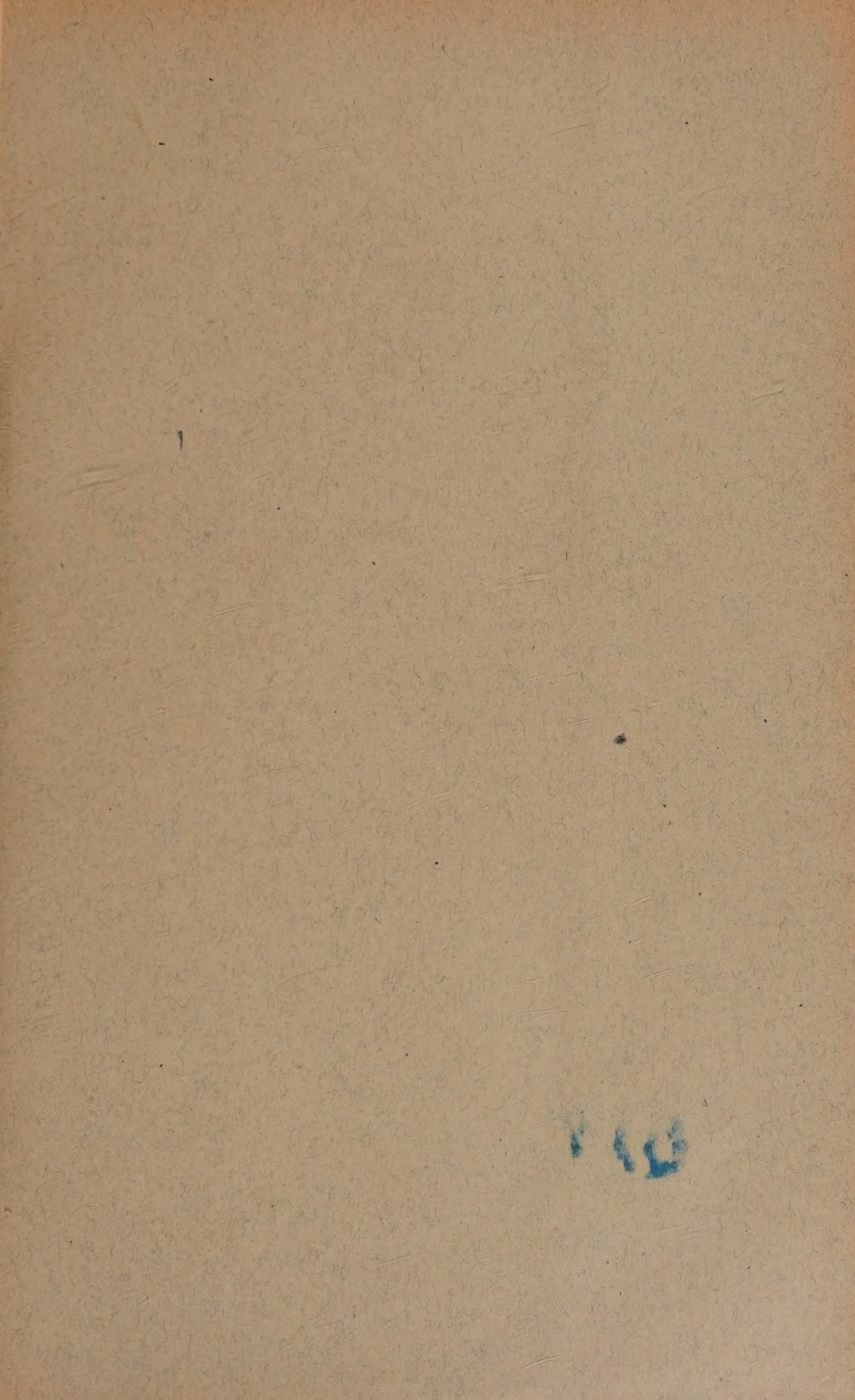
NOBÉCOURT, P. LEREBoulLET, GARNIER et NOC. — Thérapeutique des maladies infectieuses.

NETTER. — Société médicale des Hôpitaux, 1896.

SEVESTER. — Société médicale des Hôpitaux, 1895.

ROUX et MARTIN. — Annales de l'Institut Pasteur, 1894.

SORTAIS. — Thèse de Paris, 1896.



618